FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 juin 1863,

Par EUGÈNE-HIPPOLYTE TURGIS,

né à Hermanville (Calvados),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
ancien Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Caen,
Lauréat de l'École de Médecine de la même ville
(1er Prix, 1856-1857; 2e Prix, 1857-1858).
Lauréat, prix Le Sauvage
(Anatomie et Physiologie comparées, 2e partie; 1857-1858).

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
(SUCCESSEUR DE M. RIGNOUX.)
31, rue Monsieur-le-Prince, 31.

1863

1863. — Turgis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. RAYER.

Professeurs. MM.

Anatomie. . . . . JARJAVAY.
Physiologie. . . . . LONGET.
Physique médicale. GAVARRET.
Histoire naturelle médicale. . . . .
Chimie organique et chimie minérale. . . . . . WURTZ.
Pharmacologie. . . . . REGNAULD.
Hygiène. . . . . BOUCHARDAT.
Médecine comparée. . . . . RAYER.
Histologie. . . . . ROBIN.
Pathologie médicale. . . . . N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale. . . . . DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique. . . . . CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales. . . . . . ANDRAL.
Opérations et appareils. . . . . MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale. . . . . . . GRISOLLE.
Médecine légale. . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés. . . . .
Clinique médicale. . . . . BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale. . . . . VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements. . . . . DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Professeur honoraire*, M. CLOQUET.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. DUCHAUSSOY.	MM. LABOULBÈNE.	MM. REVEIL.
BAILLON.	EMPIS.	LIÉGEOIS.	SÉE.
BAUCHET	FANO.	LORAIN.	TARNIER.
BLOT.	FOUCHER.	LUTZ.	TRÉLAT.
CHARCOT.	GUILLEMIN.	MARCÉ.	VULPIAN.
CHAUFFARD.	HÉRARD.	PARROT.	
DOLBEAU.	HOUEL.	POTAIN.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau. . . . . MM. HARDY.
— des maladies syphilitiques. . . . . VERNEUIL.
— des maladies des enfants. . . . . ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses. . . . . LASÈGUE.
— d'ophthalmologie. . . . . FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires. . . . . VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Agrégés stagiaires.

MM.

Examinateurs de la thèse.

MM. RAYER, *président*; JARJAVAY, EMPIS, LIÉGEOIS.

M. BOURBON, *Secrétaire*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE.

A MON FRÈRE.

Témoignage de profonde amitié.

A LA MÊMOIRE DE MON AMI

EDMOND BOUDANT.

A MON VIEIL AMI TOUTAIN,

Médecin à Saint-Pierre-de-Mailloc.

A MES EXCELLENTS AMIS,

ADRIEN ET LUDOVIC RACINE.

A MON COLLEGUE ET AMI,

GEORGES BERGERON.

A M. RAYER,

Membre de l'Académie des Sciences,
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,
Commandeur de la Légion d'Honneur, etc.

Témoignage de mon profond respect.

AUX PREMIERS MAITRES QUI ONT DIRIGÉ MES ÉTUDES MÉDICALES

MM. LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN.

Hommage respectueux de leur élève reconnaissant.

Je prie M. Gubler, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, de recevoir mes sincères remercîments pour la bienveillance toute particulière qu'il m'a toujours témoignée.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE.

§ Ier.

Historique.

Il y a quelques années, le goître exophthalmique était signalé à l'attention du monde médical.

Les symptômes de cette singulière maladie n'avaient point échappé jusqu'alors aux observateurs; les principaux éléments pathologiques qui la constituent : troubles cardiaques, goître, exophthalmie, avaient été vus, mais l'esprit de synthèse ne s'était pas élevé jusqu'à les considérer comme des manifestations d'une même entité morbide.

Les anciens, qui analysaient si bien les phénomènes de l'état pathologique, ne nous ont rien laissé que nous puissions rattacher d'une manière certaine au sujet qui nous occupe.

La percussion, l'auscultation, à l'aide desquelles la clinique atteint à la précision mathématique, leur étaient inconnues; aussi, les phénomènes si curieux que peuvent présenter le cœur et les vaisseaux du cou devaient-ils nécessairement leur échapper en grande partie.

Au commencement du XIXe siècle, Flajani (1), et, plus tard, Testa (2), signalent d'une manière positive des phénomènes morbides existant simultanément du côté du cœur et du côté de l'œil : le premier surtout mentionne la coexistence possible d'une hypertrophie de la glande thyroïde et d'une maladie du cœur.

Wenzel (3) revient à l'opinion de Saint-Yves.

Ware (4) attribue l'exophthalmie à l'accumulation morbide de la substance sur laquelle l'œil s'appuie dans l'orbite.

Demours (5) signale aussi plusieurs cas d'exophthalmie dont, dit-il, « la cause la plus commune est une tuméfaction du tissu adipeux au fond de l'orbite, » ou bien, « un amas de graisse dans le tissu cellulaire » (obs. 401), ou bien encore, « une humeur qui a gonflé les graisses du fond de l'orbite » (obs. 406), ou bien enfin, « une congestion sanguine à la suite d'une violente céphalalgie » (obs. 402).

Tel est, jusque vers 1820, le résumé de ce que nous dit la science sur l'exophthalmie.

Nous sommes convaincu que tous les auteurs cités par nous jusqu'à présent ont considéré l'exophthalmie comme une maladie purement locale.

A partir de Demours, ainsi que le fait justement remarquer mon collègue et ami M. Fischer (6), l'interprétation des faits cliniques se scinde ; d'un côté, les spécialistes qui étudient l'exolphthalmie comme une affection purement locale ; de l'autre, les médecins qui voient dans ce même phénomène l'expression d'un état général.

H.-C. Parry (7) signale une observation mentionnée plus tard

---

(1) *Collezione d'osserv. e rifles, di chirurg.*, t. III, p. 270 ; Roma, 1800.

(2) *Delle malattie del cruore ;* Bologne, 1811.

(3) *Dictionnaire ophthalmologique*, t. I, p. 24.

(4) *Observation on the treatment the epiphora ;* London, 1818.

(5) *Traité des maladies des yeux*, 1818.

(6) *De l'Exophthalmos cachectique* (*Arch. gén. de méd.*, 1859).

(7) *Collections from the unpublished medical Writings ;* London, 1825.

par Stokes (1), dans son traité des maladies du cœur ; il s'agit d'une malade présentant les principaux symptômes du goître exophthalmique : impulsion vive des mouvements du cœur, palpitations fréquentes, pulsations énergiques des artères carotides, hypertrophie de la thyroïde et saillie anormale des yeux. Mais, antérieurement à l'apparition de cet ensemble de phénomènes, la malade avait été affectée d'un rhumatisme articulaire ; et elle est morte avec l'anasarque et les autres manifestations caractéristiques des lésions organiques du cœur à leur période ultime. Le savant traducteur de Graves, M. Jaccoud (2), dit : « Il est évident que ce fait est sans valeur au point de vue qui nous occupe. »

En 1835, le célèbre clinicien de Dublin, Graves, dans la 49e de ses leçons, qui plus tard ont été publiées (3), signalait à ses élèves les faits suivants : Chez trois femmes, qui se sont présentées à son observation, il a noté une augmention de volume de la thyroïde. Cette augmentation de volume, peu considérable, puisqu'elle est « loin de constituer une difformité, » lui paraît différer essentiellement du goître proprement dit. Il y a des palpitations de cœur très-intenses ; lorsque leur violence s'exagère, la thyroïde augmente de volume pour revenir bientôt à celui qu'elle avait avant l'accès. Il n'y a pas de raison plausible qui autorise à supposer une lésion organique du cœur.

Le dernier cas signalé par Graves nous paraît avoir une grande importance : nous le rapportons en entier tel que nous le donne son traducteur (*loc. cit.*).

« Une jeune lady de 20 ans fut prise de phénomènes morbides, que l'on regarda comme hystériques : il y a de cela deux ans ; et la santé de cette dame avait toujours été excellente. Ces accidents ner-

---

(1) *Diseases of the heart* ; Dublin, 1853.

(2) *Leçons de clinique médicale de Graves* ; Paris, 1862.

(3) *On clinical medicine* ; Dublin, 1843.

yeux duraient depuis trois mois, lorsqu'on observa que le pouls était devenu extrêmement rapide. Cette fréquence, à laquelle on ne pouvait assigner aucune cause, était d'ailleurs constante; il n'y avait jamais moins de 120 pulsations par minute. Quelquefois même le chiffre en était encore plus élevé. La malade se plaignait en même temps d'éprouver une grande faiblesse, lorsqu'elle prenait quelque exercice; puis elle commença à pâlir et à perdre son embonpoint.

« Les choses allèrent ainsi pendant une année; mais alors cette jeune dame se montra littéralement à bout de forces; les battements du cœur étaient constamment aussi rapides. Au même moment, on constata un phénomène nouveau : les yeux avaient pris une expression des plus étranges; on eût dit que les globes oculaires avaient augmenté de volume; car, lorsque la malade dormait, ou lorsqu'elle voulait fermer les yeux, ses paupières ne pouvaient plus les couvrir. Lorsque les yeux étaient ouverts, on voyait tout autour de la cornée une bande de sclérotique de plusieurs lignes de largeur.

« Quelques mois plus tard, l'affection du cœur n'avait rien perdu de sa violence, lorsqu'une tumeur en forme de fer à cheval apparut dans la région cervicale antérieure, exactement au niveau de la glande thyroïde. Cette tumeur, d'abord molle, présenta, au bout de quelque temps, une certaine dureté; mais elle avait conservé son élasticité. Depuis l'époque de son apparition, l'hypertrophie n'a fait que bien peu de progrès, si même elle en a fait véritablement; le corps thyroïde présente chez cette dame un volume triple de son développement normal chez la femme, après l'âge de la puberté; il est un peu plus volumineux à droite qu'à gauche.

« On a observé chez cette malade une autre particularité, que je ne dois pas omettre de vous signaler, parce qu'elle peut contribuer à jeter quelque lumière sur la véritable nature de cette affection du corps thyroïde.

« Dès le début, on a pu constater une disproportion très-prononcée entre les battements des radiales et ceux des carotides; les premiers étaient relativement assez faibles, les derniers avaient une

violence telle qu'ils déterminaient des pulsations visibles dans toute la région du cou ; les carotides étaient le siége d'un bruit de frôlement éclatant. Au bout de quatorze mois, le cœur a présenté tous les signes assignés par Laënnec à l'*anévrysme passif*. Quant à la tumeur cervicale, elle est sujette à des variations de volume très-remarquables ; elle diminue quelquefois de près de moitié. Aucun des parents de cette dame n'a de goître, elle n'a jamais habité aucune des localités dans lesquelles cette affection est endémique. »

Le rôle important que joue le nom de Graves dans l'histoire du goître exophthalmique explique suffisamment le soin que nous avons mis dans l'examen des faits précédents.

Le célèbre clinicien nous semble placer sous l'influence de simples troubles fonctionnels du cœur les phénomènes pathologiques qu'il signale dans ses trois premières observations. La dernière est du plus haut intérêt ; là, pour la première fois, nous trouvons incontestablement résumés, d'une manière nette et précise, l'ensemble des principaux phénomènes qui constituent le goître exolphthalmique : les troubles fonctionnels du cœur, plus tard l'hypertrophie de cet organe, l'exophthalmie et le goître. Ici s'élève naturellement une question importante. Cet assemblage si singulier de symptômes, à quelle cause Graves le rattache-t-il? A une affection organique du cœur : l'anévrysme passif de Laënnec.

De l'étude des faits découle pour nous cette conclusion :

Graves nous paraît être un des premiers observateurs ayant signalé (dans ses leçons orales) un ensemble de symptômes caractérisant d'une manière certaine l'affection désignée plus tard par Basedow sous le nom de *cachexie exophthalmique*. Il lui a semblé que la lésion cardiaque expliquait suffisamment les phénomènes morbides qu'il observait. Dans cette lésion cardiaque il n'a pas vu, comme les observateurs qui l'ont suivi, un phénomène purement secondaire et consécutif aux troubles fonctionnels du cœur.

En un mot Graves a ignoré que les faits qu'il signale fussent l'expression d'une nouvelle unité morbide.

Vers le même temps, Middlemore (1) dit que l'inflammation chronique amène l'œdème ou l'infiltration séreuse de l'orbite. Cet œdème est ordinairement limité et ne présente pas les signes d'un état aigu : le globe de l'œil est en général projeté hors de sa cavité; il y a un peu de tension dans l'organe, avec un sentiment de gêne, quelquefois de douleur, dans l'orbite. Le même auteur parle d'une exophthalmie qui se produit en même temps que de l'anasarque.

Bruck (2) signale aux observateurs l'existence de l'exophthalmie chez des femmes offrant les symptômes de l'hystérie.

Pauli (3), sous le nom d'*hydrophthalmie*, décrit l'exophthalmie qu'il rencontre chez des individus affaiblis et dont l'état général est mauvais.

Nous arrivons maintenant au moment où la question du goître exophthalmique est nettement posée dans la science.

Basedow (4), en Allemagne, publie plusieurs observations.

De même que celui de Graves, le nom de Basedow est intimement lié à l'histoire du goître exophthalmique. Les cliniciens, qui admettent l'existence de cette nouvelle maladie, revendiquent, les uns pour Graves, les autres pour Basedow, l'honneur de l'avoir découverte.

Nous avons exposé les faits rapportés par Graves et nous croyons en avoir tiré des conséquences justes. Voyons maintenant ce que nous dit l'observateur allemand ; nous le traduisons textuellement :

« L'exophthalmie est presque toujours le symptôme d'affections diverses des parties molles de l'orbite ou des régions avoisinantes. J'ai pourtant eu l'occasion d'observer l'exophthalmie sans aucune

---

(1) *Treatise on the diseases of the eye*, t. II; London, 1835.
(2) *V. Ammon zeitschrift*, Bd. IV, 1835.
(3) *Heidelberger Klin. annalem*, Bd. III, Helft 2; 1837.
(4) *Casper's Wochenschrift*, 1840.

altération des parties molles environnantes ; c'était une hypertrophie particulière, suite d'une maladie du cœur.

« J'avais connu, il y a quatorze ans, Mme G....., jeune fille de 19 ans, présentant quelques ganglions engorgés et douloureux au cou, du reste bien portante. Quelques années après son mariage, elle devint mère, puis fut affectée pendant deux ans d'une fièvre quarte intermittente, avec hépatite, ictère, etc. Un an après, survint un rhumatisme articulaire aigu, très-violent, qui laissa à sa suite de l'œdème des membres inférieurs, un amaigrissement universel, de l'aménorrhée, des battements de cœur, de la fréquence et de la faiblesse du pouls, avec une respiration courte et haletante. A ce moment, une projection des globes oculaires, du reste sains, se faisait déjà remarquer. Puis la malade dormit les yeux ouverts ; son regard devint effrayant, elle passa dans toute la ville pour folle.

« En même temps, une hypertrophie de la glande thyroïde fit présumer qu'une intumescence semblable s'était peut-être développée derrière le globe de l'œil.

« Le traitement fut suivi d'une amélioration si rapide, que Mme G..... eut plus tard deux autres grossesses très-heureuses ; maintenant la malade ne présente plus qu'un teint pâle et maladif, et des yeux très-ouverts et à fleur de tête. »

« Mme J....., brune, bien portante, fut affectée, plusieurs fois dans son enfance, de rhumatismes articulaires aigus. A l'âge de puberté, elle eut plusieurs angines tonsillaires ; elle perdit sa mère d'un cancer de l'utérus. Réglée à 14 ans, elle fut mariée, en 1828, à l'âge de 19 ans, devint mère et nourrit son enfant.

En 1830, après le sevrage, elle fit un voyage à Leipzig, chez ses parents. Elle tomba malade dans cette ville, ressentit de la faiblesse dans les membres, des pesanteurs d'estomac ; puis elle eut deux hématémèses dans lesquelles elle perdit beaucoup de sang, et pré-

senta à la suite un très-grand affaiblissement. Au bout de six semaines de convalescence, se trouvant bien, elle revint à Messebourg.

«En novembre 1831, seconde grossesse, accouchement d'un garçon qu'elle n'allaita pas elle-même; elle resta en bonne santé. En 1833, nouvel accouchement d'une fille qu'elle nourrit neuf mois. Après le sevrage, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu pendant six semaines; la santé parut alors n'être plus si bonne. Elle devint mère une quatrième fois et nourrit encore elle-même son enfant; mais, après le sevrage, les règles devinrent très-peu abondantes, et se supprimèrent tout à fait après un écart de régime.

«Mme J..... devint très-faible; une diarrhée incoercible se manifesta, l'amaigrissement fit de rapides progrès, et en même temps les globes oculaires commencèrent à saillir hors de l'orbite; il y eut des troubles de la respiration: le pouls devint petit, fréquent, etc.

«En été de l'année 1837, tous ces symptômes augmentent encore. Les bras, la poitrine, sont amaigris; le ventre, un peu volumineux, ne présente à la percussion ni tympanite ni hydropisie; au cou, hypertrophie de la glande thyroïde. Les battements du cœur sont diffus; on entend un bruit de souffle dans les carotides. Les yeux sont tellement saillants, qu'on aperçoit la sclérotique 3 lignes au-dessus et au-dessous de la cornée. Malgré cela, la structure des parties constituantes de l'œil est normale. La malade ne se plaint que de vagues douleurs dans l'œil et de larmoiement.

«A la suite de divers moyens employés contre l'hypertrophie du cœur et l'hypertrophie glandulaire, une amélioration notable se manifesta; les règles reparurent, la lientérie céda, et l'exophthalmie devint moins considérable.

«En automne 1837, arriva la ménopause, et les mêmes accidents se montrèrent de nouveau, puis disparurent à la suite de l'usage des eaux d'Heilbrom.

« Dans l'hiver de 1837, Mme J..... fut prise d'une fièvre nervoso-gastrique épidémique qui guérit assez facilement. Maintenant la santé est relativement bonne; les règles reviennent régulièrement; le haut du corps, les bras, le cou, sont en bon état; le ventre est encore trop gros, le pouls fréquent, les battements du cœur énergiques; la respiration est gênée pendant les promenades longues ou quand la malade gravit un escalier.

Quant à l'exophthalmie, elle est peu diminuée; les globes de l'œil sont sains; la vue est peu endommagée.

M. M....., âgé maintenant de 50 ans, rachitique dans son enfance, a eu des angines tonsillaires fréquentes plus tard.

« Il fut toujours pâle, maigre, mais robuste. Ses affaires l'obligeaient à de nombreux voyages sur la frontière voisine, et quelques pertes qu'il fit dans son commerce retentirent sur sa santé.

« En 1832, M. M..... fut atteint d'une............ dont il ne guérit jamais complétement. Il garda une telle chaleur du sang qu'il s'exposait volontiers à la pluie et au vent et se lavait tout le corps à l'eau froide.

« En 1835, je fus mis en rapport avec le malade. Je crus reconnaître chez lui une cardite ou une aortite chronique. Les battements du cœur étaient comme métalliques; les carotides étaient le siége d'un bruit de souffle ; le pouls était inégal, le visage bouffi, les yeux saillants, la glande thyroïde hypertrophiée, le ventre gonflé, le corps amaigri. Il y avait deux ou trois selles par jour; l'appétit était conservé.

« Les saignées, les sangsues à l'anus, la digitale, l'iode à l'extérieur, furent employés, mais inutilement.

« Le pouls au bout de quelques mois était toujours irrégulier. Le malade dormait peu. Les globes oculaires étaient pourtant sains, comme dans le cas précédent; larmoiement à l'air.

« Mais, à la suite de voyages en voiture découverte et par les plus mauvais temps, il eut une kératite rhumatismale, puis une conjonc-

tivite et une iritis; un abcès se forma dans les lames de la cornée; et enfin survint une ophthalmie interne avec ses maux de tête habituels. Ces lésions siégeaient à l'œil droit, qui était aussi le plus saillant. Enfin la cornée se perfora, et l'œil fut entièrement perdu. Six mois plus tard, malgré toutes les médications employées, l'œil gauche se perdit de la même manière.

« Depuis ce temps et aujourd'hui encore la santé de M. M..... est très-mauvaise. La lientérie, l'amaigrissement, l'irrégularité du pouls, la force des battements du cœur, persistent. Le volume du ventre contraste avec l'amaigrissement de la moitié supérieure du corps. Les mollets sont volumineux quoique sans œdème. »

« J'ai soigné Mme C..... d'une chlorose quelques années avant son mariage. Depuis elle devint mère de deux enfants, et présenta les symptômes observés dans les cas précédents : saillie des globes oculaires, hypertrophie du corps thyroïde. Médication par l'iode. Elle est maintenant enceinte de son troisième enfant et dit présenter une très-grande amélioration dans son état. »

« Je ne regarde pas cette affection, avec Saint-Yves, comme un amas d'humeurs derrière le globe de l'œil; mais je la considère comme une manifestation secondaire d'un trouble de la circulation, comme une dyscrasie amenée par la scrofule. Je me fonde pour cela sur l'existence de la scrofule, que j'ai observée dans tous mes cas, les troubles circulatoires du cœur et des gros vaisseaux et le teint chlorotique. »

Il nous est impossible de ne pas voir dans ces diverses observations, que leur importance nous a fait reproduire en entier, les signes caractérisant la maladie dite *goître exophthalmique*. Ces faits ont été publiés en 1840. A cette époque, Basedow avait-il eu connaissance des faits rapportés par Graves en 1843? Rien ne porte à le supposer.

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet du nom qui convient le

mieux au goître ophthalmique. Nous n'attachons pas une grande importance à ce fait ; entre Graves et Basedow, il ne s'agit que d'une simple question de priorité dans la connaissance de certains faits se rapportant à une maladie dont ces observateurs ont tous deux ignoré la nature.

Cela est-il suffisant pour qu'au lieu de *goître exophthalmique*, on dise *maladie de Graves* ou *maladie de Basedow?* Et en le supposant même, la priorité, dans ce cas, n'appartiendrait incontestablement ni à l'un ni à l'autre de ces observateurs ; pour s'en convaincre, il suffit de lire les faits de Parry publiés en 1825 (1), et il serait alors plus rationnel de dire *maladie de Parry* que de dire *maladie de Graves* ou *de Basedow*.

Pour nous, nous continuerons d'employer le nom de *goître exophthalmique*. Peut-être trouvera-t-on une expression plus convenable lorsque la science sera complétement faite sur cette maladie où, pour employer une expression de M. Bouillaud, il y a tout à étudier.

A partir de Basedow les observations se multiplient. En Angleterre, Graves (*loc. cit.*) publie, en 1343, ses leçons cliniques ; Begbie (2), Stokes (3), Taylor (4), Syme (5), apportent de nouveaux faits.

En Allemagne, Henock (6), Helftt (7), Lubarsch (8), Heusinger (9).

(1) *Collections from the unpublished writings ;* London, 1825.
(2) *Journ. of med. science*, 1843.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Med. times and gaz.*, 24 mai 1856.
(5) *Monthly journ. of science*, p. 488.
(6) *Casper's Wochenschr.*, 1848.
(7) *Ibid.*, 1849.
(8) *Ibid.*, 1850.
(9) *Ibid.*, 1851.

Romberg (1), Naumann (2), Primassin (3), Schoch (4), Kæben (5), en publient également.

Parmi les observateurs français, Sichel (6), Desmarres (7), décrivent plusieurs cas d'exophthalmos.

M. Datin, dans sa thèse iraugurale sur l'exophthalmie séreuse, rapporte quelques observations. L'une est empruntée à M. Duval (d'Argentan), qui l'avait publiée dans les *Annales d'oculistique* de 1849, sous le titre d'*Exophthalmos par suite d'hypertrophie du tissu cellulaire qui tapisse le fond de l'orbite.* La lecture attentive de cette observation y fait découvrir une erreur évidente de diagnostic; l'exorbitisme, dans ce cas, est dû à un épanchement sanguin. Telle est aussi, à cet égard, l'opinion de M. Demarquay dans son excellent ouvrage sur les *tumeurs de l'orbite.*

Une autre observation est empruntée à M. Sichel. Il s'agit d'une femme de 38 ans, atteinte d'exophthalmie du côté gauche. M. Sichel attribue ce phénomène à une congestion oculaire tenant à l'influence d'une lésion organique du cœur.

Enfin, dans une troisième observation, due à M. Richet, l'exophthalmie est placée sous la dépendance d'une chloro-anémie. On note des bruits anormaux du côté des organes circulatoires, et de l'œdème des extrémités inférieures.

En 1856, apparaît le savant mémoire de M. Charcot (8). Depuis l'observation de Graves, aucune ne résume mieux les phénomènes

---

(1) *Klinische Wahrnehmungen and Beobacktingen,* 1851.

(2) *Deutsc. Klinik,* 1853.

(3) *Arg. fd. Gesammt Heilk.,* Bd. II.

(4) *Loc. cit. De Exophthalmos ac struma cum cordis affectione ;* dissert. inaug., 1854. Berlin, *bec schade.*

(5) *Ibid.,* 1856.

(6) *Bulletin général de thérapeutique,* 1846.

(7) *Gazette des hôpitaux,* 1853.

(8) *Gazette médicale,* 1856.

caractéristiques du goître exophthalmique, que celle qui a été placée par M. Charcot en tête de son travail.

M. Marcé publie une observation (1), et M. Hervieux une note sur un cas de goître exophthalmique (2). Ce dernier se livre à une discussion sur l'interprétation des symptômes et la nature de la maladie.

M. Gros fait paraître un article (3) sur une maladie peu connue, et désignée sous le nom de *cachexie exophthalmique*, de *procidence anémique des globes oculaires.*

En 1859, M. Fischer (*loc. cit.*) publie une importante étude de l'exophthalmos. Il en trace l'historique et rapporte vingt-cinq observations, les unes lui appartenant, les autres empruntées aux faits cliniques connus.

Nous ne pouvons donner une analyse détaillée de chacune de ces observations. Disons cependant que si les unes (obs. 6, 7, 9, 10, 14) présentent un ensemble de symptômes pouvant à la rigueur caractériser la maladie de Basedow, les autres (obs. 17, 17 *bis*, 18, 19) sont des cas d'exophthalmie dus à une lésion du sang (albuminurie). Dans le plus grand nombre la cause est assez mal déterminée ; on peut invoquer tantôt une lésion organique du cœur, tantôt une inflammation de l'œil, un phlegmon de l'orbite, etc.....

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° L'ophthalmos est dû généralement à une affection des liquides de l'économie (chloro-anémie, albuminurie). Il annonce que la maladie est poussée très-loin, et il est le produit d'hypertrophies congestives ou de suffusions séreuses du tissu cellulaire de l'orbite.

« 2° La maladie de Basedow n'existe pas en tant qu'entité morbide; les symptômes qu'on lui attribue ne sont que des effets éloignés de l'anémie. »

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, novembre 1856.

(2) *Union médicale*, 1857.

(3) *Mémoires de la Société de biologie*, 1857.

Ces conclusions sont-elles une conséquence rigoureuse des faits sur lesquels elles s'appuient? Nous ne le croyons pas.

En 1860, M. Demarquay (1) fait de l'exophthalmos une étude générale que nous avons consultée avec fruit, et qu'il termine ainsi : « Sur cette question, dit-il, il règne encore beaucoup d'obscurité et de division parmi les auteurs, les uns défendant la loi de coïncidence de Basedow, les autres ne l'admettant pas toujours; les uns voulant en faire une entité pathologique spéciale (cachexie exophthalmique, maladie de Basedow, etc.), d'autres n'y voyant qu'un épiphénomène d'une cause productrice générale.

« Quant à nous, nous devons nous borner à exposer l'état actuel de la question, laissant aux travaux ultérieurs le soin d'élucider entièrement un sujet sur lequel de nouvelles recherches nous semblent encore nécessaires. »

A la même époque, M. le professeur Trousseau, dans ses leçons orales, admirablement résumées depuis dans sa *Clinique médicale* (2), entretenait ses élèves du goître exophthalmique, ou maladie de Graves, comme il l'appelle.

Le 1er avril 1860, l'observation de M. Hiffelsheim (3), et le 4 décembre de la même année, le mémoire de M. Aran (4), portent cette question devant l'Académie de Médecine.

Plusieurs observations que nous avons précédemment mentionnées sont accompagnées de considérations importantes; nous les exposerons dans la suite avec celles qui ont été émises dans la célèbre discussion de l'Académie de Médecine, sur le rapport de M. Trousseau (5).

Enfin M. Huard, en 1861, dans sa thèse inaugurale, traite la

---

(1) *Traité des tumeurs de l'orbite,* chap. 3; Paris, 1861.

(2) *Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Paris;* Paris, 1862.

(3) *Arch. gén. de méd.,* 1er avril 1861.

(4) *Arch. gén. de méd.,* 1860.

(5) *Union médicale,* 1862.

question du goître exophthalmique; il adopte les opinions de M. Trousseau relativement à la nature de cette maladie.

Ici nous terminons l'étude historique que nous avons cru devoir rattacher à la maladie désignée sous le nom de *goître exophthalmique*. Elle constitue la première partie du travail que nous nous sommes proposé de traiter. Nous avons montré comment, partant de l'étude d'un seul symptôme : l'exophthalmie, puis reliant à ce symptôme un ensemble de phénomènes déterminés, l'observation est arrivée à proposer l'addition d'une maladie au cadre nosologique.

Cependant cette nouvelle unité morbide n'est pas admise par tout le monde; aujourd'hui, de savants cliniciens nient son existence. Dans cet assemblage si singulier de troubles du cœur, de goître, d'exophthalmie, les uns ne voient que la manifestation simultanée de symptômes qu'aucun lien commun ne relie nécessairement entre eux, et qui peuvent s'expliquer par la coïncidence fortuite de phénomènes dus à des états morbides différents; les autres font appel à l'anémie, à la chlorose, à la scrofule, etc.....

Aussi, comme le fait remarquer justement, dans un excellent recueil d'observations de goître exophthalmique (1), M. Teissier, professeur de clinique médicale à l'école de Lyon : de grandes divergences existent encore sur cette intéressante question. «Pour les diminuer, dit-il, il faut multiplier autant que possible les éléments de la discussion, c'est-à-dire les faits.»

Nous partageons complétement l'avis de M. Teissier; et nous commençons la seconde partie de notre thèse par publier quelques nouvelles observations.

---

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 1863.

§ II.

Observations.

OBSERVATION Ire.

Malade de 41 ans, constitution forte; palpitations au début, accès de dyspnée; cœur, volume normal, bruit de souffle; goître, phénomènes remarquables par une compression légère de la tumeur; exophthalmie sans troubles de la vue ni lésion des milieux de l'œil; aménorrhée; état général satisfaisant.

C..... X..... est une femme de 41 ans, couchée au n° 36 de la salle Sainte-Claire. Elle est d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament nerveux et d'une forte constitution. Mariée fort jeune, elle a huit enfants, qui sont tous vivants. Depuis l'âge de 15 ans, ses règles, ordinairement peu abondantes, sont régulièrement venues chaque mois.

Cette femme se nourrit bien, et semble placée dans d'assez bonnes conditions hygiéniques. Elle est blanchisseuse et ce métier ne la fatigue point.

Environ deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle eut un gros rhume accompagné d'une toux quinteuse. La voix devint rauque et ensuite presque éteinte. Deux semaines après, elle s'aperçut que son cou grossissait chaque jour. Elle ne remarqua pas que ses yeux fussent plus saillants qu'auparavant; mais elle avait depuis longtemps des palpitations de cœur, qui sont devenues plus fréquentes et plus pénibles. Il y a sept ou huit mois, elle a eu un peu d'œdème des membres inférieurs, mais sans bouffissure du visage.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente son embonpoint habituel. La thyroïde offre une notable augmentation de volume: les deux lobes sont à peu près d'égale grosseur et descendent assez

près du sternum. La tumeur qu'ils forment est lisse, tendue, pulsatile; la peau qui la recouvre est normale. Les veines jugulaires antérieures sont saillantes. La malade éprouve par moments des accès de dyspnée, pendant lesquels la face est légèrement cyanosée, et la thyroïde plus volumineuse. Ces paroxysmes se terminent par une toux pénible, sans expectoration. Lorsque l'on comprime la tumeur légèrement, la malade accuse aussitôt une douleur assez vive à la racine du nez. Cette douleur s'irradie vers la base du crâne; puis apparaissent immédiatement des symptômes très-marqués de congestion vers la tête. Les yeux deviennent plus saillants, plus brillants et injectés. La face est légèrement cyanosée. La malade voit des étincelles; elle a des bourdonnements d'oreille. Si on la fait marcher immédiatement, elle chancelle comme une personne ivre. En un mot, il y a des signes évidents de congestion cérébrale.

Les yeux sont le siége d'une exophthalmie très-prononcée; la sclérotique apparaît tout autour du cercle cornéen. Il n'y a ni myopie, ni aucun autre trouble de la vue. Cependant on peut noter un léger défaut d'accommodation dans la vision distincte; nous verrons plus loin à quoi on peut le rapporter.

La malade, qui a un souvenir fidèle du début et des progrès de son goître, ne peut indiquer à quelle époque précise ses yeux sont devenus plus saillants.

L'examen ophthalmoscopique de l'œil, fait par M. Cusco pendant le séjour de la malade à l'hôpital, n'amène la découverte d'aucune altération dans les milieux de cet organe. Les vaisseaux rétiniens sont congestionnés, mais il est rare qu'à l'état normal il n'y ait pas un certain degré de congestion dans ces vaisseaux. Lorsqu'en faisant alternativement ouvrir et fermer à la malade l'œil droit et l'œil gauche, on cherche pour chacun des deux yeux la limite de la vision distincte, on voit qu'elle est un peu plus grande pour l'œil droit. Ce phénomène dépend de la projection différente des deux globes oculaires en dehors de l'orbite. C'est là un phénomène physique, et

l'exophthalmie, ne s'accompagnant d'aucune lésion appréciable des membranes et des milieux de l'œil, est donc essentielle.

Cette femme, comme nous l'avons dit, a des palpitations de cœur et une tumeur pulsatile qui se soulève en masse. Il importe de savoir ce que l'auscultation et la percussion nous apprennent sur ces deux symptômes.

Le cœur a son volume normal; il bat énergiquement : on entend un bruit de souffle doux coïncidant avec le premier temps, ayant son maximum d'intensité à la base, et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. En remontant vers la tumeur, ce bruit de souffle devient plus intense et s'accompagne d'un second bruit plus doux, plus prolongé et répondant au deuxième temps. Le pouls est régulier, normal, et donne de 85 à 90 pulsations par minute.

Les organes respiratoires sont en bon état; les fonctions digestives se font bien. Les règles sont supprimées depuis deux mois. Nous devons noter un degré d'irritabilité très-marqué dans le caractère de la malade.

Sous l'influence du repos, de l'iodure de potassium administré à la dose de 1 à 2 gram. par jour, et comme traitement local, d'un large vésicatoire appliqué sur la tumeur et pansé avec l'onguent mercuriel, les palpitations et les accès de dyspnée ont diminué de fréquence et d'intensité; le goître s'est affaissé et est devenu moins pulsatile.

Cette observation et celle qui la suit ont été recueillies par nous à la même époque, dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon. Cet excellent observateur en a fait le sujet d'une leçon clinique.

Il admet le goître exophthalmique comme entité morbide. Il trouve dans ces observations des éléments suffisants pour constituer l'essentialité de cette maladie. La triade symptomatique se dessine nettement dans l'ordre successif de l'apparition de ses trois éléments constituants avec leur caractère constant d'essentialité : l'hypertro-

phie simple de la thyroïde sans néoplasme, les palpitations sans lésion du cœur, l'exophthalmie sans lésion appréciable à l'ophthalmoscope ; avec tout cela une impressionnabilité vive de la malade, des accès de suffocation, des palpitations ; puis la suffocation disparaissant à mesure que les palpitations s'apaisent ; enfin l'hypertrophie thyroïdienne tendant à diminuer de plus en plus.

OBSERVATION II.

Malade de 25 ans, troubles digestifs et utérins avec palpitations du cœur au début ; légère hypertrophie du cœur avec souffle ; goître avec quelques troubles fonctionnels vers la trachée et l'œsophage ; exophthalmie, rien d'anormal dans les milieux de l'œil ; troubles nerveux, digestifs, utérins ; affaiblissement général prononcé.

Au n° 33 de la même salle se trouve une jeune femme, G.-Augustine X....., âgée de 25 ans, demeurant à Clichy. Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 17 ans. C'est alors que ses règles se sont établies, mais difficilement et ne revenant qu'à des intervalles très-irréguliers. Elle était souvent tourmentée par de la céphalalgie. Les digestions étaient habituellement lentes, difficiles et accompagnées de douleurs épigastriques. Il y avait un peu de leucorrhée et des palpitations de cœur.

Plusieurs mois s'écoulèrent ainsi. La malade s'aperçut un jour que son cou augmentait de volume. Les palpitations devinrent plus fréquentes et plus intenses. Les yeux présentèrent bientôt un éclat qui la surprit. Chaque époque menstruelle semblait apporter un peu d'aggravation dans les symptômes que nous venons d'indiquer. Cependant la malade pouvait encore se livrer à son travail habituel : elle est couturière.

Mais depuis trois mois il y a eu une aggravation notable dans sa position. Ses règles se sont supprimées complétement ; son cou est devenu plus volumineux, ses yeux plus saillants. Les battements du cœur, d'une très-grande fréquence, s'exagèrent maintenant au

moindre effort. La plus légère émotion fait qu'elle se trouve mal. L'amaigrissement, la faiblesse, l'inaptitude au travail, sont venus ensuite.

Aujourd'hui la malade est sans forces. La peau est pâle; les muqueuses sont décolorées; l'amaigrissement est notable. Les yeux font une saillie considérable, et cette saillie est telle qu'une bande de la sclérotique n'est plus recouverte par les paupières. Les fonctions de l'œil n'ont éprouvé aucun trouble. A l'examen opthtalmoscopique, comme dans le cas précédent, M. Cusco ne trouve rien d'anormal dans les milieux de cet organe. Au cou il existe une tumeur due à une augmentation de volume de la thyroïde; les deux lobes sont également volumineux. Elle présente à la palpation un frémissement particulier; elle est lisse, molle, et détermine quelques troubles fonctionnels du côté de la trachée et de l'œsophage. Ainsi il y a un léger sentiment de constriction de la gorge; la voix n'est pas notablement altérée; cependant la gêne suffit pour provoquer une toux sèche presque continuelle. Au moment de la déglutition la malade éprouve une très-légère douleur sur le trajet de l'œsophage. Le cœur est légèrement augmenté de volume; il y a un peu d'hypertrophie. Les battements sont fréquents, énergiques et soulèvent la paroi thoracique avec force. L'auscultation démontre l'existence d'un bruit de souffle au premier temps et à la base de l'organe. Ce souffle est doux et ne paraît pas tenir à une lésion valvulaire; il se prolonge dans les vaisseaux du cou, mais en augmentant de force. Son maximum d'intensité est au niveau du creux sus-claviculaire.

Lorsqu'on applique le stéthoscope sur la thyroïde, on y entend également un bruit de souffle doux; et on perçoit à la palpation un frémissement analogue à celui de l'anévrysme artérioso-veineux.

Le pouls ne présente rien de particulier, ou plutôt il contraste singulièrement avec les battements du cœur et des artères du cou; il est petit, régulier, égal des deux côtés. On compte en moyenne 95 pulsations par minute.

Comme nous l'avons dit, il y a de l'aménorrhée; les fonctions di-

gestives se font mal ; l'appétit est nul. Les douleurs gastralgiques accompagnent souvent les digestions; la constipation est habituelle.

L'examen très-attentif des organes respiratoires ne démontre nullement l'existence de tubercules.

Très-fréquemment il y a de la céphalalgie, et au moindre effort des vertiges qui forcent la malade au repos. Elle a souvent de l'insomnie, est très-irritable et se querelle continuellement avec ses voisines.

Cette malade a subi le même traitement que dans le cas précédent : à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 gram. par jour, localement sur la tumeur un vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel.

Après un séjour de six semaines à l'hôpital, la malade sort en présentant une amélioration très-notable dans son état général. Quant aux symptômes locaux, ils ont sensiblement diminué d'intensité.

OBSERVATION III.

Femme âgée de 29 ans; accès légers de palpitations cardiaques au début; cœur, volume normal, bruit de souffle ; goître et exophthalmie ; phénomènes secondaires presque nuls; état général très-satisfaisant.

Olympe S..... est âgée de 29 ans ; elle habite Sarcelles, dans les environs de Paris. Elle est d'une bonne constitution et possède les attributs du tempérament lymphatique. Son état de santé antérieur est excellent. La menstruation s'est établie à 15 ans, et depuis, cette fonction s'est toujours accomplie régulièrement chaque mois.

Mariée à 22 ans, elle a eu deux enfants qu'elle n'a pas allaités. Le second enfant est né il y a sept mois; les couches ont été très-heureuses ; le travail ne dura que quelques heures. Six semaines après, les règles sont revenues et ont conservé depuis leur régularité normale.

L'examen attentif de la malade nous révèle les faits suivants : Depuis deux ans environ Olympe S..... a eu, à des intervalles plus

ou moins éloignés, des palpitations de cœur. Ces palpitations revenaient par accès, duraient quelques instants et disparaissaient bientôt sans laisser à leur suite aucun malaise appréciable. Elles persistent encore, mais sans paraître avoir augmenté d'intensité, et en conservant d'ailleurs les caractères que nous avons indiqués.

Il y a quatre mois environ, la malade a vu peu à peu son cou augmenter de volume. Depuis lors, son mari lui fit remarquer un jour que ses yeux étaient brillants et qu'elle le regardait d'un air fâché (ce sont ses propres expressions), ce qui l'a surprise. Il est assez curieux de voir que la malade, qui avait déjà de l'exophthalmie à cette époque, ne s'en était pas aperçue.

Interrogée sur les autres phénomènes qu'elle aurait pu éprouver, elle raconte qu'elle n'a constaté aucun changement dans son état de santé, mais qu'il y a deux mois environ son appétit est devenu tout à coup si grand qu'elle avait alors de la peine à le satisfaire. Elle ajoute : « Dans l'intervalle de mes repas, je souffrais de la faim à tel point que si la raison ne m'avait guidée, j'aurais presque toujours mangé. » Ce trouble si remarquable des fonctions digestives a duré un mois environ ; il était accompagné d'une légère diarrhée ; aujourd'hui il est disparu.

En ce moment la malade ne se plaint que d'une seule chose : d'avoir le *cou gros*, pour employer son expression. Les palpitations, l'exophthalmie qu'elle présente, ne paraissent nullement l'inquiéter.

Elle demeure dans un centre de population d'environ 3,000 habitants. Les nombreuses relations que lui crée son commerce font qu'elle connaît presque tout le monde. « Il n'y a pas deux personnes, autres que moi, dans le pays, qui aient le gros cou, » dit-elle ; aucun membre de sa famille n'a présenté ce phénomène.

L'état général de la malade est très-satisfaisant ; elle a de l'embonpoint ; le teint est frais : les muqueuses buccale et occulaire sont rosées : elle n'a jamais eu plus de forces qu'en ce moment. Le travail lui est facile. Cependant, lorsqu'elle se livre à un exercice un

peu violent, elle a des battements et des palpitations cardiaques, qui lui causent un peu de gêne.

Le cœur a son volume normal ; les battements sont énergiques, fréquents, et soulèvent fortement la paroi thoracique. A la base de l'organe et au premier temps, existe un léger souffle qui se prolonge vers l'aorte. Les carotides primitives sont le siége de pulsations énergiques, très-visibles, et font entendre à l'auscultation un bruit de souffle d'une intensité très-marquée ; le pouls est régulier, normal et bat 95 fois par minute.

Au cou, il existe une tumeur constituée par les deux lobes de la glande thyroïde augmentés de volume ; elle offre l'aspect bilobé particulier aux hypertrophies de cet organe. Le lobe gauche, plus volumineux, atteint presque la grosseur d'un œuf de poule.

Cette tumeur, indolente à la pression, molle, peu élastique, suit les mouvements du larynx et ne paraît déterminer aucun phénomène de compression sur cet organe. Mais parfois, en avalant, la malade éprouve un léger sentiment de gêne et de contriction à la gorge. La voix et la respiration ont d'ailleurs conservé leurs caractères normaux.

La tumeur est visiblement soulevée par les battements des carotides. La palpation n'y constate pas de mouvement d'expansion, mais un frémissement léger. On entend à l'auscultation un bruit de transmission, dont le point de départ est dans les carotides.

Les yeux se présentent avec les caractères suivants : ils sont saillants, projetés en avant des orbites. L'exophthalmie est égale des deux côtés ; les globes oculaires sont brillants et ont un étrange caractère de fixité, qui donne à la malade un air de méchanceté contrastant singulièrement avec la douceur de ses manières. Les paupières se touchent dans l'occlusion. L'état physiologique ne laisse rien à désirer ; les mouvements ont conservé leur direction et leur étendue ; la conjonctive, la sclérotique, l'iris, la cornée, ne présentent rien d'anormal. L'examen ophthalmoscopique, fait non-seule-

ment par nous, mais encore par deux de nos collègues, ne nous fait rien découvrir dans les milieux de l'œil. Ajoutons enfin que la vue est excellente et ne paraît nullement avoir souffert de la projection des globes oculaires.

La percussion et l'auscultation ne nous révèlent aucun phénomène morbide vers les poumons; l'état de l'appareil digestif est satisfaisant ; l'appétit est bon et ne présente plus les troubles si remarquables que nous avons signalés; les digestions se font bien ; la menstruation conserve, ainsi que nous l'avons dit, sa régularité. Les urines ne sont pas albumineuses; les fonctions des organes des sens ne nous offrent rien à signaler.

Jusqu'à présent, la malade n'a subi aucun traitement.

Nous avons recueilli cette observation à la consultation de l'hôpital Beaujon. La malade, qui en fait le sujet, nous a été envoyée par notre excellent ami et collègue, Th. Anger, interne à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION IV.

Femme de 46 ans; accidents nerveux, hystériques; suppression des règles et palpitations cardiaques au début; goître; exophthalmie, troubles légers de la vue.

X..... est âgée de 46 ans, domestique, née à Dreux. Depuis l'âge de 12 ans, où la menstruation s'est établie, elle a toujours été bien réglée. Mariée à 16 ans, elle a eu une fausse couche cinq mois après son mariage, et, de 18 à 25 ans, quatre enfants, qui tous jouissent d'une belle santé. D'après les renseignements qu'elle donne, la malade paraît avoir eu une pneumonie à l'âge 14 ou 15 ans. D'un tempérament nerveux, elle a éprouvé fréquemment des attaques très-marquées d'hystérie. Elle pleurait à la moindre occasion et souvent sans motif; elle décrit bien les phénomènes de la boule hystérique, raconte qu'elle a eu de l'anesthésie, constatée par les médecins qu'elle a consultés.

A ces symptômes s'ajoutèrent des attaques convulsives fréquentes et des palpitations de cœur.

Depuis une dizaine d'années, ces accidents ont disparu, mais elle est toujours très-impressionnable, et fréquemment tourmentée par de violentes migraines.

De 30 à 35 ans, la malade prétend avoir eu, à chaque époque menstruelle, un érysipèle de la face s'étendant, dans certaines attaques, seulement au cuir chevelu ; l'une de ces attaques fut suivie d'une alopécie complète. Enfin la malade affirme qu'étant jeune fille elle n'a eu ni le cou gros, ni les yeux saillants, et que personne dans sa famille n'a présenté ces accidents ; cependant elle ajoute que les goîtres sont fréquents à Dreux, où elle a habité jusqu'à l'âge de 27 ans. Depuis lors elle reste à Saint-Germain, où il n'y a pas de goître.

La malade fait remonter le début de son affection à 1857. A cette époque, elle éprouva quelques troubles dans la menstruation ; puis, peu à peu, les règles se supprimèrent ; cependant son état de santé était assez satisfaisant. Pendant les trois années qui ont suivi, elle n'a éprouvé aucun accident grave.

Depuis l'âge de 27 ans, la malade a vécu séparée de son mari, un méchant homme qui la frappait et était toujours ivre. De nouveaux chagrins sont venus s'ajouter à ceux que lui causait cette séparation ; ses enfants, par leur inconduite, l'ont rendue très-malheureuse depuis deux ans. Les palpitations, qui ont toujours persisté, sont devenues très-intenses. Il y a un léger bruit de souffle à la base du cœur, souffle qui se continue dans les vaisseaux carotidiens.

La glande thyroïde a peu à peu augmenté de volume, surtout dans les lobes droit et moyen, dont la prédominance sur le lobe gauche est très-accusée.

Les yeux, naturellement saillants, sont maintenant le siége d'une exophthalmie évidente. La vision reste intacte, la malade peut lire et coudre longtemps sans se fatiguer; cependant, quand elle fixe

un objet éloigné, ses yeux lui semblent se couvrir comme d'un brouillard.

Enfin il a constaté un grand nombre de fois, depuis deux ans, que lorsque la malade est tranquille, que son esprit est calme, il y a une amélioration notable dans l'état général de sa santé ; mais les émotions vives, les nouvelles désagréables qu'elle peut recevoir de sa famille, amènent immédiatement une recrudescence très-notable dans tous les phénomènes morbides.

La digitale amène toujours un peu de soulagement.

Cette dernière observation nous a été communiquée par notre collègue M. Louvet-Lamare, qui l'a recueillie dans la pratique de son père, M. le Dr Louvet-Lamare, à Saint-Germain-en-Laye.

OBSERVATION V.

Malade de 61 ans ; palpitations de cœur ; accès de suffocation ; phénomènes de congestion et troubles digestifs au début ; légère hypertrophie du cœur avec souffle ; goître peu volumineux, altération de la voix ; exophthalmie considérable ; troubles dans la calorification ; œdème léger aux jambes.

Léonie D..... est âgée de 62 ans. Née en Bourgogne, elle habite Paris depuis l'âge de 21 ans. Aucun membre de sa famille n'a présenté les symptômes de la maladie dont elle est atteinte ; son père fut emporté à 59 ans par une pneumonie ; sa mère est morte de vieillesse, dit-elle ; elle a cinq sœurs, toutes d'une belle santé.

A 16 ans, apparition des règles. Depuis lors, la menstruation s'est toujours faite régulièrement jusqu'à la ménopause, à 49 ans. Cette époque fut marquée par des épistaxis fréquentes et abondantes qu'explique son tempérament sanguin.

Dans sa vingtième année, elle accoucha heureusement d'une fille aujourd'hui mère de nombreux enfants.

La santé de cette femme a été peu entravée. En 1832, elle entra à l'Hôtel-Dieu pour une cholérine et des battements de cœur très-violents qui disparurent promptement. A la rentrée des cendres de

Napoléon, elle fut saisie par le froid et prit une névralgie sciatique du membre inférieur gauche; les douleurs la retinrent près de trois mois au lit, mais finirent par céder complétement sous l'influence des vésicatoires et des bains de vapeurs. Vers 1850, survinrent une fluxion de poitrine et une pleurésie, peu intenses sans doute, puisqu'elle fut alitée quatorze jours seulement.

Cette malade fait remonter le début de sa maladie à dix-huit mois. La marche, le travail, les efforts, lui devinrent pénibles, et bientôt s'accompagnèrent de battements de cœur et d'accès de suffocation; les palpitations, l'étouffement, d'abord de peu de durée. augmentèrent peu à peu d'intensité, et, depuis sept mois, leur violence lui rend tout travail impossible. Presque chaque matin, à cette époque, elle avait des saignements de nez abondants et parfois des vomissements. Un médecin, qu'elle consulta, ordonna des éméto-cathartiques, qui la soulagèrent beaucoup. En novembre 1861, elle eut, dit-elle, chaud et froid, fut prise d'un léger mouvement fébrile, et, quelques jours après, s'aperçut que ses jambes étaient enflées. Depuis lors, le gonflement des membres inférieurs n'a jamais disparu complétement; il diminue par le repos, augmente par la marche et la station debout.

En même temps que l'enflure des jambes, apparut un autre phénomène qui l'effraya beaucoup; ses yeux devinrent saillants et très-gros, et, pour nous servir de son expression, ses voisins lui trouvaient un air effaré. L'exophthalmie a persisté depuis, mais sans jamais lui causer ni gêne, ni douleur, ni affaiblissement de la vue; toutefois la projection des globes oculaires en avant s'est tellement prononcée dans ces derniers temps, que la malade s'en est affectée et qu'elle s'est décidée à solliciter son admission à l'hôpital Saint-Louis, où nous l'avons observée salle Saint-Thomas, n° 46.

Ce qui frappe tout d'abord chez cette femme, c'est la saillie énorme des globes oculaires, tous deux placés sur un plan antérieur aux arcades sourcilières. De cette projection de l'œil hors de sa cavité, résulte l'élévation anormale des sourcils et la disparition du

sillon oculo-génien ; les paupières recouvrent à peine la moitié des globes oculaires, et leurs bords libres ne peuvent se toucher ; il y a un peu de larmoiement ; la pupille du côté gauche est plus dilatée. L'examen ophthalmoscopique nous montre les milieux de l'œil et la rétine dans un état de conservation parfaite.

Le cou, dont la malade ne se plaignait pas, offre une légère saillie due à l'hypertrophie du corps thyroïde. Les deux lobes de cet organe soulèvent les bords du sterno-mastoïdien ; leur volume est à peine double de l'état normal. La main, le doigt, appliqués sur la glande, perçoivent des battements très-énergiques même sur la ligne médiane, et sont soulevés par des pulsations qui ne le cèdent pas à celles de la radiale.

La voix a subi une altération très-notable ; elle est criarde, chétive ; les cris un peu forts lui sont impossibles. La diminution de la voix ne date que de trois semaines.

La malade accuse une sensation de chaleur qui ne la quitte pas ; elle a toujours trop chaud, dit-elle, et elle recherche le froid. Cet hiver, elle dormait parfaitement sans couverture, vêtue de ses habits seulement, et jamais elle n'a souffert de l'influence du froid.

Les battements du cœur sont énergiques ; la matité précordiale est un peu plus étendue qu'à l'état normal. Aussi pensons-nous qu'il existe une hypertrophie légère de cet organe. Le premier bruit est accompagné d'un souffle doux, surtout à la base.

Les pulsations carotidiennes sont extrêmement fortes et facilement perceptibles à la vue ; toute la région cervicale est soulevée à chaque ondée sanguine ; sur le trajet des artères et au niveau de la thyroïde, on perçoit un bruit de souffle doux, mais plus marqué qu'au cœur. La malade se plaint de battements incommodes au niveau des tempes.

Le pouls est régulier, normal, et donne 80 pulsations par minute.

Les pieds et la partie inférieure des jambes sont le siége d'un œdème peu considérable ; on y observe également un peu d'érythème ; pas d'albumine dans les urines.

Jusqu'à présent, la malade n'a subi aucun traitement ; dans ces derniers jours seulement, les palpitations ayant augmenté d'intensité, on a administré quelques granules de digitaline.

---

§ III.

Quelques considérations sur les symptômes du goître exophthalmique.

Il ne nous semble pas nécessaire de donner ici une description du goître exophthalmique, après les savantes recherches de M. Charcot sur cette maladie et les belles pages qu'y a consacrées M. Trousseau dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs des observateurs que nous avons cités ont accompagné les faits qu'ils rapportent de considérations importantes sur les symptômes et la nature du goître exophthalmique. Quelques-unes de ces considérations ont été discutées en même temps qu'énoncées par nous; cependant, comme nous le disions dans le § 1er, nous en avons réservé à dessein, pour les joindre à celles qui ont été émises dans la discussion de l'Académie de Médecine.

Dans l'état actuel de la science, que doit-on entendre sous le nom de *goître exophthalmique?*

« Le goître exophthalmique, dit M. Charcot, est caractérisé par des lésions organiques, surtout par des troubles fonctionnels multiples, dont les principaux sont des palpitations de cœur, des battements artériels, une tuméfaction de la glande thyroïde, une anémie plus ou moins profonde.

M. Aran dit : « L'affection connue sous le nom de *goître exophthalmique, cachexie exophthamique, maladie de Basedow,* n'est essentiellement constituée ni par l'exophthalmie, ni par le gonflement du corps thyroïde, mais par un état d'irritabilité du cœur et des

artères du cou, auquel s'ajoute dans un temps extrêmement rapproché, car il est impossible de préciser l'intervalle qui sépare la production de ces deux ordres de faits, une dilatation avec hypertrophie du cœur et des gros vaisseaux du cou. »

« Le goître exophthalmique, dit M. Trousseau (1), est caractérisé le plus ordinairement par une expression de phénomènes grossiers, le goître, l'exophthalmie, la fréquence des battements du cœur. A ces phénomènes grossiers se joignent, comme cortége habituel, des troubles variés dans les fonctions nerveuses, gastriques, utérines; au début et à la fin, quelques-uns de ces phénomènes peuvent être rudimentaires ou manquer tout à fait. »

Dans la manifestation des principaux symptômes de la maladie, trois se montrent le plus souvent, l'exophthalmie, le goître, et les troubles du cœur. Les observateurs ont cherché à établir l'ordre exact d'apparition de chacun de ces symptômes. Dans le plus grand nombre des cas publiés, les troubles du cœur ont presque toujours les premiers attiré l'attention des malades; le goître, l'exophthalmie, sont ensuite venus. Cependant il est probable que ces phénomènes, partant d'une même cause, ont leur raison d'être simultanés, ainsi que le fait remarquer M. Trousseau (*loc. cit.*).

Les palpitions du cœur sont bien plus facilement senties à leur début que le goître et l'exophthalmie. Aussi n'est-il pas rare de voir des malades présenter, sans en avoir conscience, cès deux derniers symptômes à un degré assez avancé. On peut donc admettre que ces trois ordres de phénomènes coexistent dès l'origine, mais avec un développement saisissable pour les palpitations, non saisissable encore pour le goître et l'exophthalmie.

A. *Troubles du cœur et des artères du cou.*

Le plus souvent le cœur est normal; quelquefois son volume est

(1) Discussion de l'Académie de Médecine, *Gazette médicale*, 1862.

augmenté. Il est le siége de palpitations d'une violence plus ou moins grande, et d'un bruit de souffle au premier temps.

Les artères du cou, agitées de battements, font également entendre un bruit de souffle.

L'augmentation de volume du cœur est due à une dilatation simple, avec ou sans hypertrophie de ses parois; les troubles fonctionnels, par l'activité insolite qu'ils impriment à cet organe, peuvent bien expliquer ce fait. Mais il est, comme on le voit, secondaire. La matité anormale, qui caractérise cet état du cœur, augmente lorsqu'il y a exaltation des phénomènes morbides, diminue lorsque la rémission survient, et disparaît par la guérison (Romberg, Aran). « Les troubles du cœur, dit M. Charcot (*loc. cit.*), sont donc suivant toute apparence, au moins au début, l'expression d'une lésion purement fonctionnelle, dont le point de départ peut être cherché sans doute dans une affection nerveuse. »

« En supposant, dit-il encore, que la lésion (augmentation de volume avec dilatation des carotides) fût rencontrée chez tous les individus qui succombent, il n'en serait pas moins naturel de croire, avec tous les auteurs qui se sont occupés du sujet, qu'elle n'est qu'un phénomène de seconde date et qu'elle n'est pas le point de départ des troubles qu'a présentés, dès l'origine, l'organe central de la circulation. »

M. Hervieux, à propos de l'observation qu'il rapporte (*loc. cit.*), dit : « Dans ce cas particulier, toutes les présomptions sont réunies en faveur d'une lésion organique du cœur : matité exagérée, souffle au premier temps et d'une rudesse extrême, se prolongeant dans l'aorte, frémissement cataire, et comme existence antérieure, un rhumatisme articulaire aigu à 16 ans; malgré tout cela, je pense qu'il faut rejeter l'hypothèse d'une lésion organique. »

M. Hervieux se rallie donc à l'opinion de MM. Romberg, Aran et Charcot.

Dans l'observation de M. Gros, nous lisons ceci : « L'accélération du pouls, les palpitations, les accès de suffocation, sont-ce des phé-

nomènes purement anémiques, ou dérivent-ils d'une lésion organique du cœur? Le souffle au deuxième temps semble militer en faveur de cette seconde opinion. Cependant, par suite de l'amélioration, les désordres cardiaques peuvent bien être purement dynamiques. »

Nous avons vu l'opinion de M. Aran dans sa définition du goître exophthalmique ; il admet dans tous les cas l'hypertrophie du cœur avec dilatation.

Dans sa réponse à M. Piorry M. Trousseau dit (1) : « Maintenant, comme le prétendent MM. Aran et Stokes, y a-t-il toujours affection du cœur? Non. Mais je reconnais que certaines affections du cœur peuvent prédisposer au goître exophthalmique. Il me suffit d'établir ici que l'affection cardiaque n'est pas constante. J'accepte l'hypertrophie du cœur dans la maladie de Graves, et je l'accepte d'autant plus volontiers, que depuis les travaux de M. le D[r] Larcher, de Passy, et de M. Blot (ajoute-t-il dans sa clinique), nous savons que pendant la grossesse il y a une hypertrophie du cœur, hypertrophie physiologique et qui guérit seule. »

Le même auteur, dans sa clinique, trouve dans le *modus faciendi* de la percussion l'explication de la fréquence des cas d'hypertrophie qui ont été signalés ; et, s'appuyant de l'autorité de M. le professeur Bouillaud, il dit que l'on s'est trompé dans l'appréciation de la matité précordiale en confondant la matité relative avec la matité réelle.

M. Piorry (2) explique les lésions cardiaques par l'action mécanique de la thyroïde.

M. Bouillaud (3) nie la lésion organique du cœur et fait des palpitations cardiaques un simple phénomène concomitant du goître, mais dû à une chloro-anémie.

---

(1) Discussion de l'Académie de Médecine.

(2) *Idem.*

(3) *Idem.*

« Dans la maladie de Graves, dit M. Beau (1), il y a une prédominance marquée de symptômes cardiaques et vasculaires, tenant à une dilatation hypertrophique curable du cœur. »

Une lésion organique du cœur n'est pas incompatible avec le développement consécutif du goître exophthalmique. Le Dr Stokes parle de lésion valvulaire chez une malade ayant présenté les symptômes de cette affection. Le Dr Praël (2) signale dans le même cas une hypertrophie avec dilatation portant principalement sur le ventricule gauche; la valvule mitrale est atteinte de dégénérescence athéromateuse et forme une sorte d'anneau osseux, de telle manière qu'il y a en même temps rétrécissement et insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. L'aorte présente aussi une dégénérescence de même nature. Ce fait est rapporté par M. Charcot (3).

Les lésions de structure que nous venons d'indiquer expliquent les anomalies de symptômes que l'on rencontre quelquefois : le bruit de souffle simple ou double avec le caractère dur, râpeux. L'observation de Parry, celle de M. Hervieux, semblent bien en effet se rapporter à des cas de goître exophthalmique greffés sur une lésion organique du cœur, et rentrent dans la série des faits de même nature mentionnés par Stokes.

Les artères du cou sont le siége de phénomènes particuliers caractérisés par des battements et des bruits anormaux d'une plus ou moins grande intensité. Souvent, il existe un contraste frappant entre le pouls radial, qui est normal, et les pulsations carotidiennes, contraste qui avait été signalé par Graves, comme nous l'avons vu, et qui depuis a été mentionné par le plus grand nombre des observateurs.

En parlant des palpitations artérielles, M. Charcot, que nous nous

---

(1) Discussion de l'Académie de Médecine, 1862.

(2) *Archiv für Ophthalm.*, Bd. III, p. 187 ; Berlin, 1857.

(3) *Gazette médicale*, 1859.

plaisons à citer, dit : « Les palpitations artérielles reconnaissent évidemment la même origine (une affection du système nerveux) ; indépendantes jusqu'à un certain point des palpitations cardiaques, elles dérivent probablement d'une affection des nerfs vaso-moteurs. Il ne paraît point qu'elles entraînent après elles des modifications dans la structure des tuniques vasculaires. Mais les artères thyroïdiennes ont été trouvées dans deux ou trois cas très-volumineuses, évidemment dilatées et remarquablement tortueuses (Basedow, Stokes) ; et dans un autre cas, une des artères ophthalmiques était allongée et dilatée (Romberg).

B. *Tumeur thyroïdienne.*

La tumeur thyroïdienne est ordinairement peu développée et quelquefois, comme le dit Graves, « loin de constituer une difformité ; elle n'est pas toujours symétrique, le lobe droit est souvent plus volumineux que le lobe gauche. Elle détermine peu de troubles fonctionnels du côté de la trachée et de l'œsophage ; molle, lisse, unie, elle semble augmenter de volume dans les accès de palpitation, diminue ensuite ou disparaît lorsque la maladie s'améliore ou guérit. Elle est soulevée par les pulsations des carotides ; cependant elle présente quelquefois un frémissement et des mouvements d'expansion dus certainement à un état particulier de la circulation propre à la thyroïde. Le bruit de souffle simple ou double est parfois augmenté au niveau de cette glande.

Il existe évidemment une analogie frappante entre les phénomènes dont la thyroïde est le siége et ceux que nous avons signalés lors de l'examen des troubles cardiaques. En supposant même, en effet, que la cause qui détermine des troubles du côté des artères carotides n'eût pas d'action sur les artères thyroïdiennes, et cela nous semble difficile à admettre, ces artères par leur origine doivent se ressentir immédiatement des troubles fonctionnels qui se manifestent dans les vaisseaux carotidiens. Et si la dilatation du cœur avec ou sans hyper-

trophie simple des parois de cet organe s'explique bien comme une lésion secondaire à des troubles préexistants, l'hypertrophie de la thyroïde avec ou sans dilatation des vaisseaux qui entrent dans sa structure peut bien s'expliquer aussi par les troubles fonctionnels qui existent primitivement dans le système circulatoire de cette glande.

L'anatomie pathologique a constaté la dilatation et l'allongement des artères thyroïdiennes (Basedow, Stokes); les veines ont aussi présenté un volume anormal (Marsh).

Les autres éléments constitutifs de la glande ont été trouvés hypertrophiés.

A notre avis, dans ces faits, les mouvements d'expansion et les bruits anévrysmaux de la thyroïde peuvent trouver une explication satisfaisante quant à la cause qui les produit.

L'augmentation momentanée du volume habituel de la tumeur s'explique bien aussi : qu'elle soit due à la dilatation artérielle (Stokes), à la stase du sang dans les veines (Henoc), c'est toujours une congestion subite et passagère des vaisseaux thyroïdiens.

C. *Exophthalmie.*

L'exophthalmie double et généralement égale des deux côtés se montre assez souvent la dernière dans l'ordre d'apparition des symptômes principaux. Elle est quelquefois peu appréciable et ne se trahit que par un éclat insolite des yeux ; le plus souvent assez marquée, elle donne au regard un étrange caractère de dureté.

Les fonctions de l'œil sont généralement intactes; on a noté un peu de myopie ou de presbytie.

L'exophthalmie peut jouer le rôle de cause prédisposante dans les troubles qui parfois secondairement surviennent dans l'œil.

La conjonctivite et surtout les altérations graves de la cornée ont été signalées par le Dr Praël (*loc. cit.*), par le professeur Graëfe (1).

(1) *Archiv für Ophthalm.*, Bd. III, p. 278; 1857.

« Basedow et Nauman, dit M. Charcot (1), ont signalé chacun un cas du même genre. Il est à remarquer que, jusqu'à présent, cette complication est survenue exclusivement chez les hommes et alors que les symptômes habituels de la maladie étaient extrêmement prononcés. Suivant M. Graëfe, elle doit en grande partie être rapportée à l'inocclusion des paupières, qui rend le clignement impossible et prive l'œil de son humidité habituelle tout en l'exposant à l'action des agents extérieurs.

Mais il est probable en outre que la distension des nerfs ciliaires et que leur compression produite par la dilatation des vaisseaux orbitaires et l'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite jouent un certain rôle, etc.

M. Teissier, de Lyon (*loc. cit.*), dans son observation 4, rapporte un cas de goître exophthalmique compliqué d'une inflammation grave des yeux avec ulcère de la cornée et hernie de l'iris.

L'exophthalmie est un des symptômes de la maladie de Basedow qui a le plus excité l'attention des observateurs.

Cela se conçoit facilement : dans presque tous les faits qui ont été publiés, la vision est intacte; lorsque l'examen ophthalmoscopique a été fait, qu'a-t-on constaté dans les milieux de l'œil? Rien le plus souvent.

Withuisen cependant signale une injection vive des vaisseaux rétiniens, un développement anormal des branches de l'artère centrale de la rétine, et quelques dépôts pigmentaires; M. Follin, une vascularité plus grande de la choroïde; M. Fano, une vascularité veineuse considérable de l'orbite.

La nécroscopie n'a pu expliquer le fait d'une manière positive. L'hydrophthalmie qu'invoque le Dr Stokes n'a pas été constatée, et d'ailleurs il n'y a pendant la vie ni gêne ni douleur dans l'œil, et ses dimensions semblent normales.

---

(1) *Histoire et critique*, etc., *Gazette médicale*, 1859.

L'hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite a été constatée trois fois (Basedow, Hastinger, Kœben); mais avec cette cause, on ne peut pas plus expliquer l'augmentation et la diminution brusque de l'exophthalmie que sa disparition sous l'influence d'une légère pression (Romberg, Taylor). Kœben invoque une influence irritable de la tumeur thyroïdienne sur la portion cervicale du grand sympathique. Mais, comme le fait remarquer justement M. Charcot (*loc. cit.*), comment expliquer alors l'exophthalmie dans le cas où elle précède le goître? Pourquoi n'observe-t-on pas plus souvent ce symptôme chez les individus atteints de goître, alors même que cette tumeur acquiert un volume considérable? D'ailleurs il faudrait noter encore, ce qui n'a pas été mentionné, un abaissement marqué de la température de la face et une dilatation de la pupille.

A cet égard, la physiologie expérimentale nous permet d'en appeler aux beaux travaux de MM. Waller, Claude Bernard, Brown-Séquard et Vulpian.

Waller (1) dit que si l'on coupe le filet cervical du grand sympathique qui est moteur, on note une paralysie des artères de la face, qui se relâchent, se dilatent et se remplissent d'une plus grande quantité de sang. Ainsi s'explique la calorification des parties. Si l'on galvanise le grand sympathique, on fait contracter les artères, et le refroidissement survient.

« La section du filet cervical du grand sympathique, dit M. Claude Bernard (2), et surtout l'extirpation du ganglion cervical supérieur, amènent immédiatement, en même temps que l'augmentation de chaleur, une très-forte turgescence vasculaire dans l'oreille, et dans tout le côté correspondant de la tête, les artères plus pleines semblent battre avec plus de force, la circulation est activée.

« A l'égard des résultats de la section du sympathique au cou, dit

---

(1) *Compte rendu de l'Académie des sciences,* 1863.

(2) *Mémoires de la Société de biologie,* t. V, p. 77; 1853.

M. Brown-Séquard (1), ou même de l'ablation du ganglion cervical supérieur, nous dirons que l'on observe comme conséquence de la paralysie du grand sympathique qui existe alors: 1° la dilatation des vaisseaux sanguins; 2° un afflux considérable du sang; 3° une élévation de température; 4° une augmentation d'énergie des propriétés vitales des muscles et des nerfs moteurs, sensitifs et sensoriaux.

A propos de l'extirpation du ganglion cervical du grand sympathique chez la grenouille, M. Vulpian (2) dit que quelques instants après l'opération, il y a une injection permanente de la moitié correspondante de la langue et de la muqueuse buccale; les vaisseaux linguaux de ce côté sont congestionnés et plus larges que ceux du côté opposé. Au bout de plusieurs heures, la pupille commence à se resserrer, et continue ainsi pendant quatre ou cinq jours, puis elle se dilate peu à peu pour redevenir plus large que celle du côté opposé.....

« J'ai observé deux fois, dit-il, après avoir extirpé les ganglions des deux côtés, une augmentation des battements du cœur, mais je ne donne pas ce fait pour un résultat constant. »

Les détails physiologiques dans lesquels nous venons d'entrer démontrent clairement que l'exophthalmie n'est pas due à une irritation du grand sympathique cervical, et ils ont au point de vue de la nature du goître exophthalmique une très-grande importance, comme nous le verrons bientôt.

Une paralysie des muscles droits ne peut pas être invoquée comme cause de l'exophthalmie, puisque l'œil possède ses mouvements normaux (M. Charcot).

On ne s'explique pas non plus une suffusion séreuse localisée dans le tissu cellulo-orbitaire, comme le pense M. Richet, sans un œdème palpébral.

---

(1) *Gazette médicale*, 1854.

(2) *Mémoires de la Société de biologie*, p. 75; 1857.

« Toutes les hypothèses qui ont été avancées en vue d'expliquer ce singulier phénomène sont évidemment prématurées » (M. Charcot).

Dans l'ordre des idées généralement reçues, l'exophthalmie est inexplicable; mais on la comprend par les troubles du grand sympathique amenant la contraction du muscle orbitaire, que les recherches de Müller ont montré exister chez l'homme comme chez les animaux, et dont l'action est de porter le globe de l'œil en avant (Aran).

Malheureusement la disposition anatomique sur laquelle, d'après Müller, s'appuie Aran, n'existe pas.

L'exophthalmie, comme le goître, n'est qu'un phénomène d'hémostasie dû à l'action de la tumeur thyroïdienne sur les organes qui l'entourent (M. Piorry).

L'exophthalmie n'est qu'un simple déplacement de l'œil (M. Bouillaud); (ici la cause n'est pas indiquée).

« Ce qui nous semble le plus probable, au moins en ce qui concerne notre malade, c'est que sous l'influence de l'état de congestion dont la tête et le cou paraissent le siége....., le système musculaire de l'orbite a subi, lui aussi, une véritable congestion par suite de laquelle cette cavité est devenue insuffisante à loger des parties qu'elle contient dans l'état normal » (M. Hervieux).

« Ne pourrait-on pas admettre que, dans l'affection qui nous occupe, l'exophthalmie est due à la gêne de la circulation, et peut-être à un certain degré d'infiltration du tissu cellulaire de l'orbite? » (M. Gros.)

« Si nous remarquons que la saillie du globe oculaire peut se manifester avec rapidité, et disparaître après un paroxysme, ne sommes-nous pas conduit à attribuer cette saillie des globes oculaires à une congestion violente active? » (M. Trousseau.)

Lorsque l'examen ophthalmoscopique, l'anatomie pathologique, n'ont pas encore déterminé d'une manière certaine la cause de l'exophthalmie; lorsque cette cause demeure à l'état de doute pour

les observateurs éminents que nous venons de citer, si nous apportons une appréciation, il nous faut la baser sur des faits que nous avons vus.

Dans notre première observation, en parlant de la tumeur thyroïdienne, nous disons ceci : « Lorsque l'on comprime la tumeur légèrement, la malade accuse aussitôt une douleur assez vive à la racine du nez; cette douleur s'irradie vers la base du crâne; puis apparaissent immédiatement des symptômes très-marqués de congestion vers la tête; les yeux deviennent plus saillants, plus brillants et injectés; la face est légèrement cyanosée; la malade voit des étincelles; elle a des bourdonnements d'oreille, etc..... »

La congestion des vaisseaux intra-orbitaires nous semble bien, d'après cela, jouer un certain rôle dans la production de l'exophthalmie.

D. *Troubles secondaires.*

Le goître exophthalmique présente une série importante de phénomènes secondaires qui ont été signalés par presque tous les observateurs.

Dans l'appareil génital : la leucorrhée, l'irrégularité dans la menstruation, ou la suppression de cette dernière fonction.

Pour l'appareil digestif, il nous suffit de rappeler la boulimie et la diarrhée qu'a présentées la malade qui fait le sujet de notre 3e observation.

Les phénomènes observés vers l'intelligence ne sont pas moins remarquables : le caractère devient bizarre et facilement irritable (obs. 1 et 2), et dans certains cas, dit M. Trousseau, l'exaltation nerveuse est telle que l'on a craint l'aliénation mentale.

Il est un symptôme que signale en ces termes M. Teissier, de Lyon (*loc. cit.*) : « la crainte que les malades ont de la chaleur, et le besoin instinctif qu'ils ont du froid. J'ai constaté, dit-il, ce phénomène chez tous les sujets que j'ai observés, et il est impossible qu'il ait

échappé à la sagacité de M. Trousseau. Cette augmentation anormale de la calorification est portée à un tel point, que les malades se plaignent constamment de la chaleur, et qu'ils ne peuvent supporter presque aucun vêtement ni la nuit ni le jour; que, même en hiver, ils ont toujours trop chaud, et qu'ils n'éprouvent un bien-être que par le froid. » Ce phénomène n'avait pas échappé à Basedow; dans l'une des observations que nous avons rapportées il dit : « Le malade garda une telle chaleur du sang qu'il s'exposait volontiers à la pluie et au vent, et se lavait tout le corps à l'eau froide. »

Ce symptôme aurait une grande importance s'il était aussi général que le dit M. Teissier, car il serait une des caractéristiques les plus certaines de la maladie. Nous en avons recherché avec soin l'existence.

La malade qui fait le sujet de notre 1re observation éprouve quelquefois vers la tête des bouffées de chaleur, rarement assez intenses pour l'incommoder.

Dans l'observation 5 nous disons : « La malade accuse une sensation de chaleur qui ne la quitte pas; elle a toujours trop chaud, dit-elle, et elle recherche le froid. Cet hiver, elle dormait parfaitement sans couverture, vêtue de ses habits seulement, et elle n'a jamais souffert de l'influence du froid. »

Bien donc que ce symptôme ne nous paraisse pas avoir le caractère général que lui donne M. Teissier, de nouvelles recherches doivent être faites pour l'étudier dans son existence plus ou moins fréquente et dans sa cause.

Est-il dû à une perturbation de la sensibilité? Peut-on l'expliquer, comme M. Teissier semble disposé à l'admettre, par une élévation réelle de la chaleur animale due à l'accélération du pouls?

Un mot sur les accès de suffocation qui surviennent quelquefois, et avec une intensité telle qu'ils mettent le malade dans un imminent danger d'asphyxie. Des palpitations cardiaques se produisent avec force, amènent une congestion subite, surtout vers la thyroïde;

telle est, d'après M. Trousseau, la principale cause de ce symptôme.

Il n'est pas rare dans la maladie qui nous occupe de rencontrer de l'affaiblissement général, un état chloro-anémique plus ou moins marqué, survenant et se développant simultanément avec les principaux symptômes, ou secondairement dans une période plus avancée.

En terminant notre étude sur les symptômes du goître exophthalmique, disons que ce n'est pas une maladie s'établissant généralement d'une manière régulière et progressive; elle présente dans son évolution des temps d'arrêt, rétrograde même, puis, sous l'influence d'une cause, qui le plus souvent échappe à l'observation, elle reprend sa marche avec une nouvelle intensité.

La grossesse semble lui imprimer d'heureuses modifications : tous les symptômes s'améliorent notablement. Ce fait est mentionné par Basedow; MM. Charcot et Trousseau le signalent également. Au contraire, et le plus souvent, sous l'influence de préparations iodées, il se manifeste une recrudescence telle dans les phénomènes morbides, qu'il faut cesser cette médication. Stokes pourtant employait l'iode.

Les avis sont bien divisés relativement à l'action des préparations martiales. M. Trousseau les trouve généralement nuisibles; M. Graëfe dit que, lorsque l'excitation vasculaire est intense, elles produisent constamment une surexcitation de tous les symptômes. M. Aran conseille, à une certaine période de la maladie, les préparations ferrugineuses. M. Hervieux les a également employées. Presque tous les observateurs vantent l'emploi de la digitale, qui aurait surtout de l'influence sur les palpitations cardiaques. A ce sujet, M. Charcot dit : « La digitale paraît être impuissante à modérer les battements du cœur et à en diminuer le nombre. C'est là un fait qui nous paraît être de nature à jeter quelque lumière sur la cause et la nature même de l'exaltation cardiaque..... »

L'hydrothérapie, par les bons résultats qu'elle a produits, a conquis une place importante dans le traitement de cette maladie.

« Dans quelques cas enfin, dit M. Charcot, la guérison semble pouvoir s'opérer d'elle-même, sans le secours des agents thérapeutiques..... »

L'action de ces diverses médications sur les symptômes du goître exophthalmique a une certaine importance au point de vue de la nature de cette maladie ; et, pour ne rien omettre de ce qui peut servir à jeter quelque lumière sur la question qui va maintenant nous occuper, disons que le goître exophthalmique est parfaitement guérissable ; et, aux cas authentiques que sur ce point possède la science, nous pouvons ajouter que la malade qui fait l'objet du mémoire de M. Aran est complétement guérie ; que celle dont l'observation est rapportée dans le mémoire de M. Charcot n'a plus ni palpitations ni goître ; à peine présente-t-elle maintenant une exophthalmie très-peu appréciable (1).

---

§ IV.

Nature du goître exophthalmique.

Depuis que de l'observation s'est élevée la question du goître exophthalmique, des appréciations bien diverses ont été données sur la nature de cette maladie.

Nous allons résumer les principales :

M. Piorry (2) nie l'existence du goître exophthalmique ; il le considère comme une collection d'états organopathiques différents. Il dit : « Le corps thyroïde volumineux modifie les organes qui l'a-

---

(1) Nous devons ces derniers renseignements à l'obligeance de M. Charcot.

(2) Discussion à l'Académie de Médecine sur le goître exophthalmique, 1862.

voisinent, cause des hémostases déterminant des troubles du côté du cœur, des organes respiratoires, génitaux, etc., » que la médication iodée à haute dose guérit.

M. Bouillaud (1) ne voit dans le goître exophthalmique qu'une réunion de symptômes qui n'ont rien de commun et qui sont plutôt contradictoires :

Les palpitations cardiaques sont sous l'influence d'un état chloro-anémique;

La thyroïde est hypertrophiée;

L'œil n'est que déplacé.

Cependant il existe, dit-il, entre l'exophthalmie et le goître, un lien indéviable, mais il est encore à découvrir. Il termine ainsi : « En résumé, dans les éléments de cette maladie il n'y a rien de nouveau ; il n'y a de nouveau que leur association, et un état général qu'on trouve décrit sous un autre nom par Tissot et Lallemand. »

M. Hervieux (*loc. cit.*) conclut du fait qu'il a observé à l'existence probable d'un état anémique, lequel paraît dominer tous les accidents aussi variés qu'étrangers dont il a tenté la description. « L'élément nerveux de la chlorose, dit-il, ne peut-il pas jouer le rôle d'excitateur en provoquant les palpitations cardiaques et artérielles, en activant outre mesure la circulation dans les parties où il a noté des phénomènes congestionnels ? »

M. Hiffelsheim, dans la communication qu'il a faite à l'Académie, lors de la discussion sur le goître exophthalmique, range cette maladie dans les diathèses. « Produisant des lésions organiques, dit-il, elle ne peut être rangée parmi les névroses. »

M. Beau (2) dit : « L'état cachectique est pour ainsi dire radical dans la constitution du goître exophthalmique, » et cette cachexie est une lésion du sang. Il conclut ainsi : « La maladie de Graves est

---

(1) Discussion à l'Académie de Médecine ser le goître exophthalmique, 1862.
(2) *Idem.*

une cachexie, une anémie ou une chloro-anémie dans laquelle il y a une prédominance marquée de symptômes cardiaques et vasculaires, tenant à une dilatation hypertrophique curable du cœur. Il y a de plus ici deux lésions qui donnent un cachet caractéristique à cette maladie : c'est un goître et une exophthalmie. Ces deux lésions masquent le fond cachectique de la maladie et en font une cachexie larvée, comme le coma, le délire, masquent dans certains cas les stades des fièvres intermittentes et en font une fièvre larvée. »

Pour M. Aran (*loc. cit.*), il existe primitivement un état d'irritabilité du cœur et des artères du cou, immédiatement suivi d'hypertrophie et de dilatation de ces organes. « Précédant ces phénomènes ou coïncidant avec eux, dit-il, apparaissent des troubles variés vers le système digestif, les appareils sécréteurs, et le système nerveux, qui ne peuvent laisser aucun doute sur le lien commun qui les unit et les généralise. Ce lien paraît être un trouble du grand sympathique. »

Stokes voit dans le goître exophthalmique une névrose cardiaque à forme particulière. L'excitation permanente du cœur et des artères du cou, à laquelle se joignent comme épiphénomènes le gonflement de la thyroïde et une augmentation de volume des globes oculaires, caractérise essentiellement l'altération fonctionnelle que produit cette névrose.

Cette opinion inspire à M. Charcot (*loc. cit.*) les réflexions suivantes :

« On a lieu de s'étonner que le savant professeur de Dublin n'en ait pas rapproché les cas où l'on a observé les battements permanents du cœur ou des principales artères, sans qu'il y eût tumeur du cou et exophthalmie, et dont on trouve des exemples signalés ou rapportés tout au long par Baillou, Rodio, Plater, Morgagni, Testa, et Laënnec.

L'affection, peu étudiée d'ailleurs, qui a été désignée sous le nom de *pulsations abdominales, idiopathiques*, semble elle-même avoir d'assez nombreux points de contact avec la cachexie exophthalmique. Ces diverses affections sont-elles au fond de même nature?

doit-on les considérer comme les divers degrès d'une même série pathologique que relient entre eux de nombreux intermédiaires? Je serais porté à l'admettre; mais ce sont là des questions qui, pour être résolues, exigent de nouvelles recherches. Les faits cliniques auxquels elles se rattachent ont été fort négligés sans doute parce qu'il paraissait impossible d'en comprendre la raison physiologique.

De nos jours, en effet, en France du moins, c'est presque une hérésie de croire à l'existence du spasme ou de la paralysie des artères et des vaisseaux en général! Cependant ces phénomènes sans aucun doute jouent un rôle important dans le domaine pathologique; et il est bien difficile de se refuser à les admettre, aujourd'hui surtout que les travaux des expérimentateurs modernes ont répandu la plus vive lumière sur les fonctions du grand sympathique, et qu'ils ont restitué au système vasculaire la propriété contractile qu'on lui attribuait autrefois peut-être trop généreusement, mais qu'une réaction fâcheuse lui avait trop complétement refusée. »

Le célèbre ophthalmologiste de Berlin, Graefe (*loc. cit.*), dit: «Si la pathologie du grand sympathique était plus avancée, elle fournirait peut-être l'explication la plus naturelle de cet état morbide, d'autant plus que les phénomènes variés qu'il présente semblent se rapporter pour la plupart à une lésion du système vasomoteur.

M. Charcot (*loc. cit.*) partage l'opinion de Graefe.

M. Trousseau (1): «Le goître exophthalmique est une névrose congestive, dit-il; de plus, cette maladie est une entité morbide parce qu'elle présente des phénomènes spéciaux: palpitations cardiaques, congestions de la thyroïde et des globes oculaires. C'est une espèce pathologique de la grande classe des névroses à marche paroxystique.»

---

(1) *Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Paris,* 1862.

M. Teissier, de Lyon (*loc. cit.*), « tout en reconnaissant que la maladie peut être envisagée comme une affection nerveuse, persiste à penser qu'on ne peut pas encore en faire une névrose simple et que la maladie de Graves est une affection plus profonde, qui, portant son action sur la circulation et la nutrition, amène rapidement des mouvements fluxionnaires, lesquels se localisent et produisent des lésions organiques. »

Nous touchons à la fin du travail qui fait le sujet de notre thèse. De l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, il résulte, nous le croyons, que le goître exophthalmique forme bien une entité morbide distincte.

Nous n'admettons pas avec M. Piorry que l'ensemble des phénomènes qui entrent dans la constitution de cette maladie puisse s'expliquer par une action purement mécanique du corps tyroïde sur les organes qui l'avoisinent,

Nous ne croyons pas avec MM. Beau, Bouillaud, Hiffelsheim, Hervieux, qu'il soit possible d'attribuer à la chlorose, à l'anémie, ou de placer sous la dépendance d'une cachexie ou d'une diathèse particulière les symptômes par lesquels se caractérise le goître exophthalmique.

A l'appui de notre opinion, nous pourrions reproduire la belle réponse de M. Trousseau (1) aux discours de MM. Piorry, Beau et Bouillaud, dans laquelle, par l'étude des symptômes et des diverses modifications que leur impriment les agents thérapeutiques, il établit nettement les caractères qui distinguent le goître exophthalmique.

L'observation ne montre-t-elle pas d'ailleurs qu'il existe bon nombre de cas de goître exophthalmique où il n'y a ni anémie, ni chlorose, ni état cachectique? MM. Trousseau et Teissier en citent;

---

(1) Discussion à l'Académie de Médecine sur le goître exophthalmique, 1862 1863. — Turgis.

et chez deux des malades que nous avons nous-même observés, nous n'en avons pas trouvé le moindre signe.

Nous ne disons pas que dans le goître exophthalmique on ne puisse rencontrer ni chloro-anémie, ni état cachectique ; car, en nous appuyant toujours sur l'observation, nous admettons même que ces divers états morbides, aussi bien qu'une affection organique du cœur, préexistent quelquefois aux symptômes caractéristiques de cette maladie, dans laquelle il n'est pas rare de les voir se développer secondairement.

Nous pensons avec MM. Charcot, Aran, Graefe, Trousseau et Teissier, qu'il faut, dans l'état actuel de la science, placer dans une lésion du grand sympathique le point de départ des phénomènes morbides que l'on rencontre dans le goître exophthalmique.

Cette opinion s'appuie sur les données de la physiologie expérimentale. Que l'on se rappelle à ce sujet les belles expériences de MM. Waller, Claude Bernard, Brown-Séquard et Vulpian, rapportées lorsque nous avons parlé de l'exophthalmie.

Cependant, avec l'expérimentation, tout ne s'explique pas encore.

« Ainsi, dit M. Teissier (*loc. cit.*), la lésion qui, dans les expériences de MM. Claude Bernard et Schif, produit la congestion des vaisseaux du cou et l'élévation de la température, loin d'amener l'exophthalmie, produit au contraire le retrait des globes oculaires ; la lésion qui occasionne la projection des yeux, c'est-à-dire l'irritation du filet supérieur du ganglion cervical, détermine le retrait des vaisseaux et l'abaissement de la température.

« Ce fait a de la valeur en ce sens que l'analogie ne permet plus de penser que le goître exophthalmique puisse être le résultat d'une simple asthénie ou d'une simple irritation d'une portion du grand sympathique ; mais il n'infirme pas l'opinion qui place dans ce système nerveux l'origine de la maladie. En clinique, nous sommes habitués à chaque instant à voir l'irritation et la faiblesse se combiner ensemble, et la pathologie du système nerveux montre à chaque

pas la singulière association de l'accroissement et de la diminution de la sensibilité.

« Les expériences physiologiques peuvent fournir des analogies lumineuses ; mais les mutilations qui les constituent ne peuvent pas être assimilées complétement aux causes morbides qui ont leurs racines dans les profondeurs de l'organisme, et dont le mode d'action est toujours mystérieux. »

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'attraction en général et de l'attraction terrestre en particulier, sous le point de vue de sa direction, de son intensité et de ses variétés. Déterminer si les corps organisés sont soumis à l'attraction.

Chimie. — Des oxydes de cuivre.

Pharmacie. — Des matières employées en médecine qui doivent leurs propriétés au tannin ; établir une comparaison entre ces substances ; rechercher quelles sont les formes pharmaceutiques les plus favorables à leur emploi.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des crucifères.

Anatomie. — De la structure des villosités intestinales. Des parties du tube digestif qui offrent le plus de villosités et de glandes muqueuses.

Physiologie. — Des fonctions de la moelle allongée.

Pathologie interne. — De la douleur dans les divers tissus et dans les divers organes.

Pathologie externe. — Des abcès et des fistules à l'anus.